

综 述

小 儿 指 纹 研 究 进 展

王 长 荣

小儿指纹,是中医儿科望诊的内容之一。自古以来为临床医家所沿用。历代文献对望指纹论述甚多,大部分认为有实际意义。但也有人表示反对,主张废除,如明代张景岳、清代余梦塘、夏禹铸等即是,虽人数不多,却影响不小。为了探索指纹变化的机理,并了解其临床意义,近年来,不少医学科技人员进行了大量的临床观察和实验研究,提出了不少有价值的意见和看法,积累了宝贵的资料,为进一步研究奠定了基础。为此,笔者对现有资料作了整理和归纳,以利再进,兹综述于下:

一、指纹望诊的渊源、创始和发展

周学海《脉义简摩》称指纹望诊肇始于《内经》,《素问》中的“皮部论”、“经络论”等篇都有观察络脉变化的记载,但既没有指定部位,也没有规定用于何种年龄;《灵枢》中的“经脉篇”及“论疾诊尺篇”等则有诊鱼际络脉的方法,但部位并未述及手指,更未把望络脉变化作为一种诊法具体地应用于小儿,故推测指纹可能是古代诊络法的一种,也可能是从络脉诊法蜕化而来⁽¹⁻³⁾。

对指纹诊的创始,有各种不同的看法。有些医家认为指纹诊法乃宋代儿科医生钱乙所首创,《幼幼集成》上说:“指纹之法,起于宋钱仲阳”,因而现代不少学者也循是说⁽²⁻⁸⁾。然经考证查对,发现现存钱氏《小儿药证直诀》中并无指纹诊的记载,所谓指纹诊由钱乙首创之说似不能成立⁽¹⁻⁷⁾。有人认为,描述小儿指纹起于唐朝,王超著《仙人水镜图诀》记载了以小儿次指的上、中、下三节定名为风、气、命三关作为小儿指纹的部位,并有指纹形态“八段锦”的描述⁽⁸⁻⁹⁾。但因书已佚,无据可证,且唐时与其相去不远的《千金方》、《外台秘要》、《千金翼方》三书均未提到指纹,故对此说也难作定论⁽¹⁾,有待进一步考证。

有指纹记载的现存最早医书乃许叔微的《普济本事方》,成书于1132年,其后《小儿卫生总微论方》及刘昉的《幼幼新书》亦为载有指纹的很早古籍(成书均

在1150年),而后者又引用了杨大邲等八家之说,来源甚广。故高氏认为,小儿指纹起源于五代至北宋末年之间,是民间医人经验的积累,不是某一名医家之独创⁽¹⁾。此后宋·陈文中、元·滑伯仁、明·王肯堂、清·陈飞霞氏等都对小儿指纹有所发挥,使之内容逐步充实,并应用于临床^(6,9),一直流传至今。解放后,更用中西医结合的方法从理论和实践二方面进行了科学性的研究。

二、指纹的解剖学知识

小儿指纹是指食指掌侧的络脉,一般均显而易见。有人通过用剥离法、组织学观察及活体调查,证实了此为汇入头静脉的食指掌侧静脉⁽¹⁰⁾。食指掌侧静脉较其余手指静脉粗而浅表,观察较为方便,故为指纹望诊的理想部位⁽¹¹⁾。静脉周围为皮下脂肪组织,皮下脂肪薄者,指纹清晰浮现,皮下脂肪厚者,则指纹隐沉难见,故小儿体质的胖瘦往往影响指纹望诊的结果⁽³⁻⁵⁾。朱、张二氏用解剖的方法发现,食指掌侧静脉汇入头静脉时有六种不同方式的类型,见到3例食指掌侧静脉有侧支,5例有并行静脉,2例有并行的食指掌侧固有动脉,6例为一条静脉,1例有二个分叉的属支⁽¹⁰⁾。这种情况表明,此静脉的分布有先天性的个体差异,而指纹的形状亦应与此有不可分割的关系⁽⁶⁾。

三、指纹诊的适用年龄

对指纹诊的适用年龄,明·鲁伯嗣著《婴童百问》中提出以“未至三岁”为宜,清·陈复正辑《幼幼集成》中也说,“小儿自弥月而至三岁,犹未可以诊切,非无脉可诊,盖诊之难,而虚实不易定也……不若以指纹之可见者与面色病候相印证”。后世人多依此说而用于临床,其理由乃因小儿的皮肤娇嫩而薄,表皮的透明度高,因而可以清楚地看到毛细血管的形状和色泽,年龄愈小,其皮肤愈娇嫩而薄,所以指纹的显露也愈清楚。随着年龄的增长,皮肤逐渐加厚,则指纹也随之模糊不清。一般说来,指纹在三岁以下的小儿显露较为清楚⁽¹²⁾,而对一岁以下的婴儿则更为显著⁽⁶⁾。但

也有人在观察了30例3~6岁的小儿指纹后,发现其与3岁以内小儿相同,因而认为年龄可推广到学龄前期⁽¹³⁾,甚至也有主张至5~10岁的⁽¹⁴⁾。

四、性别与指纹诊的关系

对性别与指纹诊的关系,历代文献均依“男左女右”来进行观察,正如清·沈金鳌引滑伯仁言曰:“小儿三岁以内,看男女左右虎口三节”(《幼幼释迷》)。朱氏认为左右之分有更进一步的意义,他说:“指纹乃足阳明的浮络,且为太渊脉的旁支,脉象所见的部位,亦应分别左右,才能了解内脏的病变,指纹也是这样。明·万密斋述及汤氏说:‘左手之纹,病应心肝,右手之纹,病应肺脾’”(15)。但现今很多医家,在临床实践中由于并未找到这些规律,故多认为左右男女之分并无意义^(7,14,16~18)。

五、指纹的三关

指纹的三关与病情有密切关系,其延长的机理与以下几个因素有关:

(一) 静脉压升高: 根据李氏的实验,观察到指纹达风关时的静脉压平均为1~15厘米,气关时为7~20厘米,命关时为16~35厘米,提示静脉压与指纹长短成正比关系⁽¹⁷⁾。静脉压的升高,临床上表现为血液的瘀滞,如心功能不佳,则血流速度减慢,末梢循环衰退,血液在静脉内瘀滞,使远侧端不能看到的细小静脉扩张而显现出来^(3,6)。据统计,先天性心脏病患儿指纹达“气命”(一手指在“气”,一手指在“命”)、“命”关者占60%⁽¹⁸⁾;肺炎患儿由于缺氧和肺循环压力增高,易于产生急性或亚急性肺原性心脏病,引起毛细血管循环障碍,血液郁滞,静脉压增高,使指纹每因充盈度升高而延长⁽¹⁹⁾;乳幼儿患者,由于神经及心血管的功能还未健全,一旦病情严重,就会使神经及心脏功能发生变化,末梢循环也受一定影响,小静脉瘀血显露,因此年龄越小,指纹长的比例越高,以后随年龄的增长则逐渐缩短⁽²⁰⁾。总之,任何使静脉压升高、血液瘀滞的因素,都可导致指纹延长。

(二) 末梢血管扩张: 呕吐、泄泻、温病后期阴血损伤、津液内竭(脱水及血液浓缩)或急性暴发性感染、晕厥等,均可引起末梢血管扩张,使指纹变粗伸长;植物神经兴奋性的改变,也可使血管的舒缩受到影响,因而使指纹的部位发生变化^(8,9)。气候的寒热,也会影响血管的舒缩,寒者收缩,热者扩张,则指纹也随之而有短长的现象可见^(5,20)。

(三) 营养不良: 此种患儿多较瘦弱,皮下脂肪也薄,因而本应难见之纹也能显现,其指纹达命关的比例较高^(11,18)。正常健康儿的指纹一般相对较短,多在

虎口、风关或气关,也有隐而不见者,但达命关者极少。据姚、严二氏统计,除隐而不显者外,在风关或过风关(未到气)者占88.5%⁽¹³⁾;张氏统计了604名,在风、风气、气者占71%⁽⁹⁾。轻症患儿,指纹与正常儿相差不大,多在风关和气关,但比例较正常儿为高,重症患儿之指纹则多达气关和命关。汝氏观察了1376例3周以内的乳幼儿,其中健康儿及轻病儿的指纹以在风关者的比例为最高,分别占33%及39.5%;重病儿主要在气关,占58.2%,命关次之,占31.1%;危病儿则主要在命关,占66.2%。以命关的出现率来看,则健康儿、轻病儿、重病儿、危病儿的比较是依次而升高的⁽²¹⁾。这就很明显地可以看出,虽然病儿及健康儿的指纹均可现于三关,但其分布比例则有显著差别。最近管氏对指纹现三关的216人次的小儿进行了观察分析,发现病儿与健康儿发生率之比为4.5:1,重病与轻病之比为2.5:1,也就说明了这个问题⁽²²⁾。故相对来说,指纹越长,示病情越重,所谓“风轻,气重,命危”(《幼幼集成》)是有其一定的意义。其次,别三关有利于测病之预后,若指纹透关射甲,断续不连者,常为胃气欲绝,病情危重,临床上每因抢救无效而死亡,相反,指纹未达命关或透指射甲,即使证情较重,也都能抢救成功⁽²³⁾。

六、指纹的颜色

指纹的颜色有白、黄、红、紫、青、黑六种。对正常纹色,已有不少人进行过观察,如杨氏看到,65%的健康儿为红色及紫红色⁽²⁴⁾,姚、严二氏所见到的多数(占86.3%)是淡紫色或隐而不显⁽¹³⁾,解放军202医院小儿科观察了303例健康儿指纹,其中59%是淡紫色,27.7%是紫红色⁽⁴⁾。因此正常儿的纹色一般是淡色,以红及淡紫色为多见。

既病之后,则常以“红紫黑辨寒热危”,即色红多主寒证,色紫多为热重,色黑者病多危笃。外感风寒初起,其指纹多色红而浮⁽³⁾,与正常相似。据统计,寒证呈淡红色指纹者占95%⁽⁴⁾,如邪气化热,则随着体温的升高,指纹的颜色也由浅而深⁽¹⁸⁾,变为深红,或由红而紫。据林、陈二氏对230例住院病儿的统计,紫纹中属热证者占92.5%⁽¹¹⁾,若病情进一步发展加重,则指纹可变为青紫⁽¹⁶⁾,如冯氏所见,热证者有96.87%属青紫和青黑色紫纹⁽⁸⁾。至于虚弱之体,其气血每多不足,则纹色多淡⁽²⁾,常见淡红或兼黄色,或纹隐不现。纹色青者,亦主惊风^(3,8),临床统计,青色纹见惊者占83.3%⁽¹¹⁾,与古人所说“青主惊”基本相符。

现代研究认为,指纹的颜色可反映血液的质与量

和缺氧的程度。贫血和营养不良时,血液中的血红蛋白含量下降,红细胞减少,血色变淡,则指纹颜色亦淡。寒证时机能下降,代谢率低,耗氧少,血红蛋白及还原血红蛋白均少,故纹多呈淡红。高烧时机体对氧需要量增加,红细胞相应增多,同时静脉中的二氧化碳含量亦增,血色变深,故指纹呈紫色;如高热稽留不退,则血容量减少,血液浓缩粘稠,使指纹颜色进一步变深而呈青紫;脱水、休克也因同样道理而呈深色指纹。在机体缺氧的情况下,血中的还原血红蛋白量升高,血液颜色明显呈暗红状态,故纹色多呈青紫,甚则为黑。肺炎及心力衰竭的患儿有明显的缺氧情况;惊厥患儿也有不同程度的因呼吸障碍而引起的缺氧,因而它们的指纹多呈紫色或青色^(2,3,6,8,12,18,20,25,26)。而黑色指纹多提示有血液瘀滞、末梢循环衰竭以及疾病严重危笃的情况^(2,7,18,21,25)。

临床上还发现某些中毒能使血液的颜色发生改变,如当一氧化碳中毒时,血液呈樱桃样鲜红色,因而指纹也出现红色^(5,6);亚硝酸盐、苯胺、磺胺类中毒,可产生深度紫绀,则指纹亦多呈紫青色⁽⁸⁾。

此外,指纹的颜色也往往受皮肤色素的影响,肤色浅者,指纹清晰;肤色深者,则纹色模糊或隐约不见^(6,12,27)。

七、指纹的形状

历代文献,对指纹的形状,描绘甚多。《小儿卫生总微论方》述有10种纹形;《保婴撮要》、《幼科准绳》、《幼科释谜》、《全幼心鉴》均载有13种;《医宗金鉴·儿科心法》载有20种,熊应雄的《小儿推拿广意》则分为49个形状^(5,8,25),其种类之繁杂,使后学者莫衷一是。概而言之,则纹形有长短、曲直、粗细、分枝多少之别,其中长短已在“三关”中加以阐述。

健康小儿的纹形一般是短小单纯、少分支、少延伸、不见明显弯曲^(17,28)。疾病时,纹形则多有改变,但没有一个纹形十分集中于哪一种疾病,往往与循环、呼吸、神经系统的功能障碍及营养不良等有较为密切的关系。由于循环和呼吸的障碍,多造成小静脉内血液瘀滞,静脉压增高,血流迟缓,以致络中之血,郁而不伸,使之络脉横冲斜窜,弯环曲折而现诸般形状⁽²⁹⁾。在惊风、搐搦、剧烈疼痛、乙脑后遗症、小儿麻痹症及上肢弛缓性瘫痪等疾病中,都因神经血管失于协调,血流迟滞致使指纹有多种形状的变化。发育营养不良及贫血患儿,其指纹多数变细,分支及弯曲亦少,乃血流较速之故。体温高低也与纹形有关,体温愈高,则指纹的分支及弯曲也就愈多^(11,20,28),其机理可能是由于体温的升高使呼吸、循环、神经系

统的功能障碍而引起。一般来说,纹少多直,主无病及轻证;纹多多曲,多达气关与命关,主病重病危之候,但也有见到虚证纹多的,其鉴别当观粗细,粗者为实,细者为虚,如参看色泽,则色深为实,色淡为虚^(13,30)。此外,先天性的解剖上的因素也是纹形有异的重要原因,因此对正常儿出现各种复杂的纹形,就不难予以解释了^(5,6,10)。

八、指纹的浮沉

不用推就能清楚看到的称为“浮”,推后方显露的称为“沉”,如推后仍不显的称“指纹不显”⁽¹⁸⁾。其临床意义古人早有“浮沉分表里”之说,临床验证大致符合。据有人统计,“浮”属表证的占62.9%，“沉”属里证的占65.2%⁽¹¹⁾。其机理多认为络脉既为太渊脉的旁支,太渊脉浮,则指纹也当变浮⁽³¹⁾,浮者,血流清畅,多主轻病、新病、六腑病;沉者,血流浊滞,故主久病、里病、五脏病⁽⁷⁾。其次,血管充盈偏盛,纹多见浮;血管充盈不足,纹多见沉^(2,25)。故纹浮未必定属表证,常见高热气血两燔及先天性心脏病虽属里证而指纹却现浮者,实为血管充盈增加之故^(18,26)。再者,营养不良消瘦小儿,皮肤嫩薄,血管表浅,又无血流不畅,则指纹常清楚可见而呈浮象,而肥硕小儿皮下脂肪丰盛或有皮肤组织水肿的患儿,其浮象就不甚明显^(5,8,13,15,31)。至于健康小儿,其指纹多隐隐可见,不沉不浮⁽⁹⁾,但浮沉均可见之,其原因多与体态之肥瘦、机体之反应性及固有静脉的深浅等有关。至其患病,气血一有变动,则每在原有基础上发生浮沉的变化。

九、指纹的淡滞

“淡”,一般指指纹色淡,也有认为是血流通畅之意^(6,25)，“滞”,是指指纹推之不畅,按之不退,不润活之象⁽²¹⁾。正常儿的指纹活泼流利,推之即动,按之则退,并能很快复原。正常指纹静脉流速约为2厘米/0.5秒,若指纹复盈时间超过2厘米/0.2秒者为速,少于2厘米/秒者为迟^(17,20,21)。古称“淡滞定虚实”,有一定的实际意义。据福建医学院附院小儿科的观察,淡纹中14例全部属虚证,而滞纹40例则全属实证⁽²⁷⁾;林、陈二氏的统计结果,淡纹属虚的占92.5%,滞纹属实的占92.5%⁽¹¹⁾,就足以证明了这点。涩滞之象多是病邪稽留体内,阻遏营卫的运行所致,常因痰湿、食滞、邪热、气滞郁结,导致气血不畅,其血液循环障碍,静脉回流受阻,血流减慢甚至瘀血是其发生的机理所在,故常表现为“实”;而指纹淡则常见于体质虚弱、血气不足、营养不良及慢性机能衰退的病儿、故多主“虚证”^(2,21,25,31)。由此可见,对淡滞

的观察若能较好掌握, 则对虚实的识别是有意义的。

总之, 从以上对指纹机理的概述, 可以认为祖国医学的指纹学说有其科学性的一面, 用之于临床多有一定的参考价值, 但其准确性似嫌不足, 还不能单独运用以判断疾病。因此应“四诊合参”, 才能使辨证更为正确和全面⁽⁸²⁻⁸⁸⁾。此外, 近来有人鉴于指纹的变化在正常儿都可出现的事实, 也提出望指纹并不能作为对疾病进行辨证的可靠依据⁽⁸⁴⁾。笔者认为, 正常人的指纹也会有变化, 正如正常人也有舌脉变化一样, 其原因可能与气候及个体的各种因素有关。今后的任务, 有必要重视正常儿的调查, 特别是对结果中不符合古人说法的例子应予重点分析, 找出其原因所在, 这方面的工作过去似乎涉及较少。至于重病而纹不变者, 虽属少数, 也宜用现代科学的方法从各方面来进行研究, 以期明了其机理之所在, 这样对指纹的临床价值之探讨似乎可更进一步。

参 考 文 献

- (1) 高晓山: 上海中医药杂志(12):29, 1962。
- (2) 陈文征: 谈小儿指纹诊法。内部资料, 1975。
- (3) 贾坤: 指纹望诊的探讨。内部资料, 1960。
- (4) 中国人民解放军202医院小儿科: 300名正常小儿指纹、舌象调查报告。内部资料, 1975。
- (5) 李连达等: 中华儿科杂志(1):27, 1959。
- (6) 冯益真: 山东中医学院学报(2):60, 1981。
- (7) 康诚之: 云南医学杂志5(3):16, 1963。

- (8) 南京中医学院附属医院儿科科研小组: 南京中医学院学报(3):57, 1960。
- (9) 张先新: 成都中医学院学报(2):71, 1979。
- (10) 朱兴仁等: 哈尔滨中医7(5):4, 1964。
- (11) 林日铤等: 福建中医药7(4):1, 1962。
- (12) 蔡化理: 中医杂志(2):36, 1964。
- (13) 姚伟然等: 中医杂志(8):8, 1962。
- (14) 高晓山: 小儿指纹的研究(第一报)提要。内部资料, 1959。
- (15) 朱志云: 浙江中医杂志8(11):27, 1965。
- (16) 高晓山等: 小儿指纹的研究(第二报)。内部资料, 1959。
- (17) 李树春等: 小儿指纹临床研究。内部资料1961。
- (18) 沈文鹭: 上海中医药杂志(3):21, 1962。
- (19) 胡培德: 浙江中医杂志7(8):23, 1964。
- (20) 张笑歌: 河南中医学院学报(1):24, 1979。
- (21) 汝兰州: 山东医刊(11):22, 1965。
- (22) 管鹏声等: 云南中医杂志1(2):13, 1980。
- (23) 贵县人民医院: 观察小儿指纹进行辨证施护的点滴体会。内部资料, 1977。
- (24) 杨景柱: 河北新医药(2):28, 1979。
- (25) 杨逢伦等: 哈尔滨中医(5):27, 1961。
- (26) 严孝本: 100例惊厥患儿指纹的探讨。内部资料, 1964。
- (27) 福建医学院附属小儿科: 55例婴幼儿指纹临症的初步观察。内部资料, 1963。
- (28) 高晓山: 中医杂志(6):43, 1960。
- (29) 梁翰芬: 广东中医(3):107, 1960。
- (30) 秦敬修: 小儿指纹诊法。内部资料, 1963。
- (31) 陈霞堂等: 广东中医(8):5~6, 1962。
- (32) 景德镇市第一人民医院等: 危重患儿指纹观察100例初探[汇]。内部资料, 1978。
- (33) 褚仙秋等: 中华小儿外科杂志1(1):46, 1980。
- (34) 济南铁路局中心医院儿科: 山东医药(2):27, 1980。

针刺后溪透劳宫穴治疗惊厥的体会

江西省赣州市中医医院 钱 起 瑞

惊厥是儿科最常见的症状之一, 如不及时控制, 可造成严重后果。近十年来, 笔者在临床中, 运用针刺后溪透劳宫穴, 以制止惊厥, 取得较满意效果, 兹介绍如下。

一、临床资料

本组65例中, 男孩40例, 女孩25例。年龄最小者6个月, 最大8岁, 以1~5岁为最多。惊厥, 由上呼吸道感染高热引起者32例, 急性中毒性脑病(如痢疾等)、麻疹引起者31例, 流行性脑炎引起者2例。

二、治疗方法

取穴: 后溪透劳宫穴, 足三里穴。手法: 由后溪穴进针, 透刺斜向劳宫穴, 强刺激, 得气后即出针。足三里也用强刺激, 得气后即出针。对顽固性、持续

性的惊厥, 可予留针。

三、针刺效果

针后惊厥立止者61例, 仅次数减少和症状减轻者4例。

四、典型病例

陈××, 3岁, 女性。麻疹2天, 体温40℃, 突发惊厥而来急诊。口眼及四肢抽搐挛, 喉中痰鸣, 腹胀如鼓。脉象弦数。指纹透关射甲, 色青紫。舌质红、苔糙黄。取后溪透劳宫(右), 提插30次后, 抽搐停止。但喉中痰声仍不息, 再取足三里(右), 强刺激, 不久喉中痰鸣即平, 腹频转矢气, 旋即大便一次。5分钟后, 测体温39.5℃。观察20分钟, 抽搐未见再发, 乃予银翘汤加大青叶、板蓝根, 3剂而安。